



CENTRUM Católica's Working Paper Series

No. 2012-09-0003 / September 2012

La Innovación en la Organización de Servicios con el Sistema de Solidaridad en Perú

Juan Arroyo Laguna
Ada Pastor-Goyzueta

CENTRUM Católica – Pontificia Universidad Católica del Perú

Working papers are in draft form. This working paper is distributed for purposes of comment and discussion only. It may not be reproduced without permission of the author(s).

La innovación en la organización de servicios con el Sistema de Solidaridad en Perú

Juan Arroyo Laguna¹, Ada Pastor-Goyzueta²

Resumen

Objetivo

Analizar la performance del Sistema de Solidaridad (SISOL) en Lima Metropolitana en el periodo 2004-2011, y su relación con su modelo organizacional, en contraste con otras performances y modelos de oferta existentes en el sector salud peruano.

Métodos

La estimación de los indicadores de desempeño se hizo en base a data de SISOL, a una encuesta a 4,570 usuarios de SISOL aplicada en el último trimestre del 2011, a las Encuestas Nacionales de Hogares de los años 2003-2011 e información estadística del Ministerio de Salud y Seguro Social.

Resultados

El estudio arrojó resultados positivos para SISOL en términos de crecimiento de la demanda atendida en Lima, una alta productividad de consultas por recurso humano y niveles de satisfacción de los usuarios. Se explica la relación de estos resultados con las características del modelo SISOL: 1) la presencia de especialistas en el primer nivel de atención; 2) la autosostenibilidad financiera del sistema; y 3) el riesgo compartido entre el sector público municipal que dirige los establecimientos y las micro-empresas de servicios. La estrategia de desarrollo de esta innovación fue desde fuera de los contextos institucionales resistentes al cambio.

Conclusiones

Los resultados apoyan la necesidad de renovar la atención primaria en salud, en particular para las zonas urbanas, corrigiendo el escalonamiento innecesario. Igualmente muestran la posibilidad de alianzas público-privadas sinérgicas, en un modelo diferente de la tercerización, en que ambos sectores compartan riesgos y actúen colaborativamente en un solo sistema de servicios. Por último, convocan a imaginar formas de articulación en modelos segmentados.

Palabras claves

Innovación organizacional, atención primaria en salud, alianzas público-privadas, riesgo compartido

¹ Centrum Católica, Pontificia Universidad Católica del Perú. Jr. Daniel Alomía Robles 125-129, Los Álamos, Monterrico, Santiago de Surco, Lima 33, Perú. Teléfono 6267100 anexo 7154. La correspondencia debe dirigirse a arroyo.juan@pucp.pe

² Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Av. Grau, cuadra 8, Lima 1, Perú. Email: apastor@minsa.gob.pe

Summary

Objective

To analyze the performance of Solidarity System (SISOL) in Lima Metropolitan in the period 2004-2011, and its relation to its organizational model, in contrast to other performances and offer models existing in the health sector in Peru.

Methods

The measurement of the performance indicators was based on data from SISOL, a survey to 4.570 users of SISOL applied in the last quarter of 2011, the National Household Surveys of the years 2003-2011 and statistical information from the Ministry of Health and Social Security.

Results

The study revealed positive results in terms of growth of SISOL's demand in Lima, high productivity of consultations by human resource and high levels of user satisfaction. The study explains the relationship of these results with the characteristics of SISOL model: 1) the presence of specialists in primary care, 2) financial self-sustainability of the system, and 3) shared risk between public sector and micro-enterprise services. The strategy of development of this innovation was from outside of institutional contexts resistant to change.

Conclusions

The results support the necessity of renewing primary health care, particularly for urban areas, correcting the unnecessary escalation. They also show the possibility of public-private synergy in a different model from outsourcing, in which both sectors share risks and act collaboratively in each facility. Finally, SISOL calls to imagine new articulation ways in segmented models.

Keywords

Organizational innovation, primary health care, public-private alliances, shared risk

1. Introducción

El presente artículo busca aportar a la innovación de modelos organizacionales en la provisión de servicios, a partir de los resultados que viene teniendo el desarrollo del Sistema de la Solidaridad (SISOL) en Lima Metropolitana desde el año 2004.

SISOL viene a ser la última reforma práctica del sistema de salud peruano. SISOL es un sistema municipal de atención de la salud, pequeño y reciente. Fue creado por la Municipalidad Metropolitana de Lima como un organismo público descentralizado el 9 de setiembre del 2004, y actualmente conduce y administra 19 hospitales y 11 Centros Médicos en Lima Metropolitana, así como 7 Hospitales en las regiones del interior del país, en convenios con municipalidades.

SISOL crece y se desarrolla en el contexto de una década de anulación de los rediseños institucionales ensayados antes, en los 90, y de retorno a la integración vertical de funciones de todos los Ministerios. El Perú siempre se caracterizó por un estilo de cambio organizacional muy incremental, en base a meso-reformas sin una visión sistémica, copiando modas y discursos, estilo al que se denominó como “reformas silenciosas” (1). Pero en esta primera década del siglo XXI en el Perú se han revisado y anulado incluso las meso-reformas anteriores, sin que se desarrolle ninguna reforma importante del sector público de servicios. El sistema nacional de salud del Perú se estructura por eso, ahora, como estaba antes de los intentos de reforma, con los cuatro subsectores prestadores clásicos de servicios: el Ministerio de Salud (MINSA), el Seguro Social (ESSALUD), el subsector privado de clínicas y seguros y los sistemas sanitarios de las Fuerzas Armadas y Policiales.

Los dos sistemas prestadores más grandes son el MINSA y ESSALUD, que en conjunto tenían el año 2004 el 94% de los trabajadores del sector y atendían al 61,08% de la demanda efectiva. En el MINSA se atienden centralmente los subempleados, informales y personas sin seguro de salud; en ESSALUD, los empleados formales; y en el subsector privado, los quintiles 1 y 2, de mayores ingresos.

SISOL ha ingresado con los 30 establecimientos de salud que tiene en Lima y con las 3,430 personas laborando en ellos el año 2011 a compartir la demanda total de atención en Lima, con los 320 establecimientos de salud del Ministerio de Salud en Lima y sus 30,613 trabajadores y profesionales de salud (2), así como con los 51 establecimientos del Seguro Social (ESSALUD) y sus 25,000 trabajadores (3).

Las cifras existentes muestran que no sólo no le ha ido mal sino que ha canalizado ya una buena parte de la demanda de atención. El 28% de las atenciones médicas en Lima han sido cubiertas por este nuevo ofertante, SISOL, en apenas 8 años, lo que quiere decir que en esta

década última se han roto los diques tradicionales y han comenzado desplazamientos en la demanda atendida. Durante muchos años la demanda mayoritaria había sido cautiva de los dos grandes ofertantes públicos, el MINSA y el Seguro Social. En esos años la población tenía patrones de utilización de servicios fijos. La mayoría de habitantes de Lima tenía muchas limitaciones económicas para “salir” a otros ofertantes, en los términos de Hirschman (4). A lo sumo los mayores trasvases eran entre estos dos grandes ofertantes públicos, y ello originaba inculpaciones mutuas por los subsidios cruzados (5-6).

Este cuadro general ha comenzado a diluirse en la década de los 2000, por la etapa de crecimiento económico, que ha promovido capas populares con mayores ingresos. Hay mayores oportunidades económicas y por tanto menos tiempo para las listas de espera tradicionales en los servicios públicos. La estadística demuestra, como vamos a ver, que la demanda efectiva de atención en salud creció pero que, paradójicamente los dos proveedores públicos más importantes de atención se estancaron o disminuyeron su participación en esta demanda, mientras que la consulta informal en las farmacias y la consulta formal en el subsector privado se expandieron, al igual que la consulta en SISOL.

El presente estudio buscó hurgar las razones de esta canalización de una parte de la demanda hacia nuevos proveedores y en particular hacia SISOL, arribando a la conclusión de que buena parte de la acogida en Lima a este naciente sistema municipal de atención de la salud ha tenido que ver con su modelo organizacional, que ha originado un estilo de atención apto para las zonas urbanas en el contexto peruano actual. El presente artículo muestra este modelo y sus resultados.

En otras palabras, en los años 2000 convergieron una coyuntura favorable al cambio y un nuevo diseño organizacional de servicios capaz de capturar dicha oportunidad, de la manera que enseñaron Kingdom (7) para las políticas públicas, Poole (8) y Gailly (9) para la

innovación y cambio organizacional, y Hamel y Prahalad (10) para los mercados, como explicaremos al momento de la discusión.

Esta reforma práctica en salud mueve evidentemente a repensar los paradigmas que han bloqueado el aggiornamento de las instituciones pública del sector salud peruano, que atañen a un debate internacional sobre atención primaria, asociaciones público-privadas e innovaciones organizacionales en el campo de los servicios.

En el presente artículo desarrollaremos esta temática en una secuencia que explicará primero, brevemente, la metodología con que se afrontó el estudio; luego, expondrá el modelo organizacional de SISOL y las condiciones recientes que permitieron el viraje de franjas de la demanda hacia otros ofertantes; en tercer lugar, mostrará los resultados del nuevo modelo en términos de cobertura, productividad y calidad percibida; y finalmente, debatirá la conexión entre el Modelo SISOL y las polémicas sobre modelos posburocráticos de oferta de servicios, en los campos de la salud pública, gestión pública y gerencia privada.

2. Métodos

La metodología del estudio tuvo como objetivo estimar indicadores de desempeño de SISOL en el periodo 2004-2011 e indagar su relación con el modelo SISOL, en contraste con las performances y modelos de otros proveedores de servicios.

La re-construcción del modelo organizacional se basó en la información de SISOL, en entrevistas a algunos informantes claves y en una revisión de la literatura sobre diseños organizacionales, innovación y cambio organizacional. Se trató de capturar los elementos de su marco institucional que actúan como incentivos o desincentivos de los comportamientos de sus microempresas contratistas de servicios de salud, que explican en buena medida su diferencial de desempeño respecto a los otros sistemas de servicios del sector salud.

La evaluación de la performance de SISOL se realizó en base a cuatro variables y sus indicadores: a) relevancia, dada por la participación de SISOL en la demanda efectiva en salud en Lima Metropolitana, su cobertura y accesibilidad geográfica; b) productividad, expresada en la relación entre su producción de servicios y los recursos humanos utilizados para ello; y c) calidad percibida, medida mediante los niveles de satisfacción de los usuarios y los tiempos de espera.

La estimación de los indicadores de desempeño de SISOL se hizo en base a las Encuestas Nacionales de Hogares de los años 2003-2011, que muestran la evolución de las preferencias de los usuarios de servicios de salud, así como en base a una Encuesta sobre el Perfil de la Demanda Atendida por SISOL, que se tomó en el último trimestre del 2011 a 4,570 usuarios de sus establecimientos. La muestra se calculó con un nivel de confianza del 95% y con un error máximo permisible del 5%, con una capacidad de inferencia no sólo sobre SISOL en general sino sobre cada de sus hospitales. Igualmente se utilizó las bases de datos de SISOL sobre su producción de servicios y los ingresos tenidos estos años.

Cuadro 1. Operacionalización de variables

Variables	Indicadores	Fuentes
Relevancia / cobertura accesibilidad	Demanda atendida/ demanda efectiva en Lima Metropolitana	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuestas Nacionales de Hogares 2003-2011 ▪ Encuesta ad hoc sobre Perfil de la Demanda Atendida por SISOL en Lima Metropolitana
Productividad	Productividad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Base de datos de producción de servicios de SISOL ▪ Base de datos de recursos humanos de SISOL, MINSA y ESSALUD
Calidad percibida	Tiempos de espera Satisfacción de los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuesta sobre Perfil de la Demanda de Usuarios de SISOL 2011 ▪ Encuesta sobre Calidad Percibida 2010 ▪ Encuesta Nacional de Hogares 2009

El alcance del estudio comprendió los 30 establecimientos del Sistema en Lima Metropolitana, que son los que concentran las características del Modelo SISOL. No se tomaron los establecimientos de SISOL fuera de Lima, por no representar con propiedad las peculiaridades del nuevo Sistema.

3. Resultados

Un empalme virtuoso entre un contexto favorable y un modelo pertinente a dicho contexto produjo los resultados que hemos encontrado. Expondremos primero la “ventana de oportunidad” dada por la ampliación de la demanda en salud con los años de crecimiento económico 2003-2010; luego el nuevo modelo de atención primaria urbana de SISOL; y al final la performance del naciente sistema de atención en Lima.

3.1. Crecimiento de la demanda en salud

La coyuntura favorable al desarrollo de SISOL estuvo dada por el ingreso del Perú desde el año 2003 a una etapa de gran crecimiento económico, que generó en las ciudades capas populares y clases medias más solventes. El Perú en el año 2001 estaba totalmente en otra situación, en medio de una recesión que empezó el año 1998 y recién se superó hacia el 2002. En el año 2004 la población en pobreza abarcaba al 58,7 % del total. En el año 2010 esta franja en situación de pobreza había bajado al 30,8% (11).

Es verdad este progreso ha sido asimétrico y ha favorecido mucho más a las ciudades que a las zonas rurales. Por ello se mantuvieron las brechas urbano-rurales previas. La pobreza urbana disminuyó del 48,2% el año 2004 al 20,0% el 2010, pero la pobreza rural, que estaba en 83,4% el 2004, llegó al 61,0% el año 2010. La pobreza extrema bajó al 7,6% como promedio nacional el año 2010, pero a nivel urbano estuvo en 1,9% mientras que a nivel rural comprometió al 23,8% de la población.

Pero en lo que refiere al contexto urbano, en que se desarrolla SISOL, empezó a haber más empleo e ingresos, en particular en Lima Metropolitana, que fue la gran beneficiada del crecimiento pues en ella la pobreza bajó 28.8 puntos en el lapso 2004-2010. En el 2010 la pobreza en Lima estuvo en 15,8% y la pobreza extrema en 0,6% (12).

Esta etapa de crecimiento 2003-2011 permitió por tanto expandir el mercado de la atención de la salud. Esto quiere decir que cada vez más demanda potencial se fue convirtiendo en demanda efectiva en el Perú y en Lima, cada vez más población enferma acudió a establecimientos de salud a curarse. La información del Instituto Nacional de Estadística (13) muestra que el porcentaje de personas con algún problema de salud que buscó atención creció entre los años 2004 y 2010 del 41,7% al 51,1% a nivel nacional y del 47,8% al 61,5% en Lima Metropolitana

3.2. Participación del sector público y privado en la demanda de atención.

En este contexto de crecimiento de la demanda, los dos prestadores públicos (MINSA y EsSalud) disminuyeron su participación en la demanda total de atendidos y consultantes. A nivel nacional, en el lapso 2004-2010 el Ministerio de Salud disminuyó su participación en la demanda total, de 18.7% a 17.3%, mientras ESSALUD también descendió, del 7,2% a 6.6%. En el caso de Lima, la caída de ambos fue mayor: el MINSA pasó de atender el 19,1% el 2004 al 13,3% el 2010, mientras ESSALUD disminuyó de 10,1% a 8,7% en igual lapso. A más demanda, menos peso de los servicios públicos, he ahí el sentido de la década que pasó, que se supone fue de reacción ante el privatismo de los 90.

Las Encuestas Nacionales de Hogares de los años 2004-2010 muestran, a la vez, que la consulta en farmacias casi se duplicó a nivel nacional (de 9,3% a 17,3%) y casi se triplicó en Lima (de 8,3% al 22,8%), mientras la consulta privada también tuvo un fuerte aumento, pasando a nivel nacional de 4,7% a 8,1% y en Lima de 7,9% al 14,1%.

Cuadro 2. Perú y Lima Metropolitana: Población con problemas de salud que consultó, por establecimiento de consulta en salud, 2004-2010

	Total Buscó Atención		MINSA		ESSALUD		FFAA y Policía Nac.		Particular		Farmacia		Otros*	
	Nac.	Lima	Nac.	Lima	Nac.	Lima	Nac.	Lima	Nac.	Lima	Nac.	Lima	Nac.	Lima
2004	41,7	47,8	18,7	19,1	7,2	10,1	0,7	1,5	4,7	7,9	9,3	8,3	1,0	0,7
2005	42,1	58,0	17,0	17,5	6,5	9,9	0,6	1,5	5,0	8,6	11,7	18,9	1,2	1,6
2006	41,4	50,6	17,1	16,1	6,2	8,6	0,5	1,0	5,9	10,4	10,7	13,3	0,9	0,9
2007	44,8	55,3	17,4	15,0	6,0	8,6	0,5	1,3	6,7	11,7	13,0	17,8	1,1	0,9
2008	48,4	55,8	18,5	14,9	6,0	8,4	0,5	1,1	7,1	12,4	15,2	18,0	1,4	0,9
2009	51,3	64,1	18,6	15,3	6,4	8,8	0,6	1,4	8,0	13,9	16,3	22,9	1,2	1,6
2010	51,1	61,5	17,3	13,3	6,6	8,7	0,4	0,9	8,1	14,1	17,3	22,8	1,4	1,7

*Otros: Domicilio, curandero, otros.

Elaboración en base a Encuestas Nacionales de Hogares 2004-2011

Es evidente que ha habido un estancamiento de los sistemas públicos en los años 2000. Este ha sido también un factor facilitador para el ascenso de otros ofertantes de servicios de salud. La parálisis de todo tipo de reforma en el sector público bloqueó la modernización y la mejora de los servicios y por tanto impidió que el MINSA y ESSALUD aprovecharan la ocasión para canalizar el crecimiento de la demanda de atención que se ha vivido en toda la década. La antigua oferta pública del MINSA y ESSALUD continuó con sus tiempos de espera y nivel de calidad de servicios, lo que generó un espacio para que una parte de la demanda buscara otros tipos de oferta de servicios. Un segmento, el más solvente, viró hacia la oferta privada de los seguros y clínicas, que también crecieron en la década, mientras otra franja, la popular emergente, buscó un ofertante de calidad pero de bajo costo, y encontró en SISOL la oferta acorde a su perfil de necesidades.

3.3. El modelo SISOL

Las características diferenciales que permitieron a SISOL empatar con el nuevo perfil del demandante urbano de atención de salud corresponden a su modelo organizacional, que integra tres características: 1) una atención primaria urbana de médicos especialistas; 2) una estructura público-privada sui géneris, diferente de la tercerización; y 3) un sistema de incentivos basado en el autofinanciamiento y la cogestión de riesgos financieros entre el sector público y los micro-empresarios médicos.

SISOL es un sistema de establecimientos de atención primaria urbana de especialistas. Lo que SISOL denomina “Hospitales de la Solidaridad” no son en sentido estricto hospitales, pues es un sistema de atención ambulatoria y no tiene camas para internamientos. Lo distintivo de SISOL es que desde el inicio atiende con especialistas a sus pacientes y no tiene por tanto los escalones de las redes de servicios. El 90% de los encuestados respondieron haber sido atendidos por un médico especialista, explicándose buena parte del 10% restante por la atención de odontólogos (14).

Esto hace una diferencia con las redes clásicas de salud, que tienen un primer piso de atención con personal sanitario o médicos generales, que se supone deben ser la puerta de entrada al sistema de salud. En estas redes clásicas, si las patologías son de mayor complejidad los pacientes son derivados a un segundo nivel de establecimientos con mayor capacidad de resolución, y así sucesivamente hasta el tercer nivel, hospitalario. En el Perú hay cuatro niveles de atención y dentro de cada nivel hay varios subniveles. Se supone deben funcionar las referencias o derivaciones de pacientes del primer nivel a los niveles superiores, así como las contrarreferencias, o “devoluciones” de los pacientes que se saltaron los escalones y fueron directamente a los hospitales o establecimientos de mayor complejidad.

Lamentablemente en el sistema de salud peruano esto nunca ha funcionado. La población urbana incurre en lo que la literatura internacional (15-16) denomina “bypasses” de los niveles de atención y acude sin diferenciación alguna a los puestos, centros de salud y hospitales del

Ministerio de Salud y estos últimos dan consulta ambulatoria de todo tipo. No existe un sistema de registro de la población por circunscripciones o establecimientos ni de historias clínicas que permita las derivaciones en uno u otro sentido. Las normas son rígidas y las categorías de los establecimientos son bastante detalladas, pero no tienen vigencia.

En las zonas rurales la situación es diferente, por la dispersión de las poblaciones y la existencia de postas y centros de salud en las zonas alejadas, que sí son el punto de contacto inicial de la población con el sistema. Pero no sucede igual en las ciudades medianas y grandes, en que el escalonamiento múltiple no siempre es necesario y origina sobre-costos en tiempo.

En este contexto sanitario poco ordenado, SISOL ofrece un modelo de primer nivel con médicos especialistas, con triaje al interior de cada establecimiento, lo que modifica parcialmente y renueva la concepción clásica de la atención primaria en salud, adecuándola a las áreas urbanas. Esto explica en parte la rapidez en la atención de los usuarios y empata con la opinión y necesidades de los usuarios. Entre las razones que adujeron los usuarios para ir a los establecimiento de SISOL estuvieron la cercanía (37,7%), la rapidez en la atención (15,8%), la recomendación recibida de parte de otros usuarios (14,4%), el mejor trato en el servicio (12,7%), entre otros.

A este modelo SISOL viene intentando añadir últimamente un enlace con las redes del MINSA para complementarse en las tareas de prevención, promoción, curación y rehabilitación, y apoyar la atención a pacientes del seguro público. De esta forma la integralidad se podría conseguir por la vía de la complementación inter-institucional, en los modelos sectoriales de proveedores múltiples.

La segunda característica básica de SISOL es su modelo público-privado, en que la provisión está en manos de microempresas médicas y la administración y conducción en manos de la Municipalidad de Lima, pero dentro de cada establecimiento (17). El tipo de alianza público-privada de SISOL es así diferente al de la tercerización o concesión de servicios públicos a

privados, pues en este caso las empresas privadas son parte del establecimiento y operan bajo la conducción pública del nosocomio, lo que corrige las asimetrías de información propias de los modelos basados en la teoría principal-agente, permitiendo “acuerdos de riesgo compartido” (18).

SISOL tiene una administración central, que comprende a 348 personas, que administra el Sistema. El Director de cada Hospital es parte de dicho staff, pero los consultorios son conducidos por micro-empresas médicas diferentes por especialidad. SISOL tenía así en el 2011 a 305 empresas contratadas en sus 19 hospitales. Cada una de ellas tiene su personal y equipa sus consultorios. En conjunto, dichas micro-empresas médicas comprenden a 1,048 profesionales asistenciales. El hecho de que existan varias micro-empresas por especialidad incentiva la competitividad y el mejor trato a los pacientes.

La tercera característica central de SISOL es su autofinanciamiento. Jurídicamente es un organismo público descentralizado de la Municipalidad y por tanto del Estado, pero no recibe ninguna transferencia presupuestal ni de la Municipalidad de Lima ni del Ministerio de Economía y Finanzas. SISOL se autofinancia, dependiendo de sus ingresos por consulta y servicios intermedios, a diferencia de los organismos públicos clásicos, que dependen de las transferencias del tesoro público. SISOL distribuye los ingresos por las consultas y servicios de salud entre la Municipalidad y las microempresas, correspondiéndoles el 30% al Sistema y el 70% a los operadores de los consultorios. Las tarifas que cobra SISOL son módicas, en coherencia con su objetivo de otorgar servicios a los estratos populares.

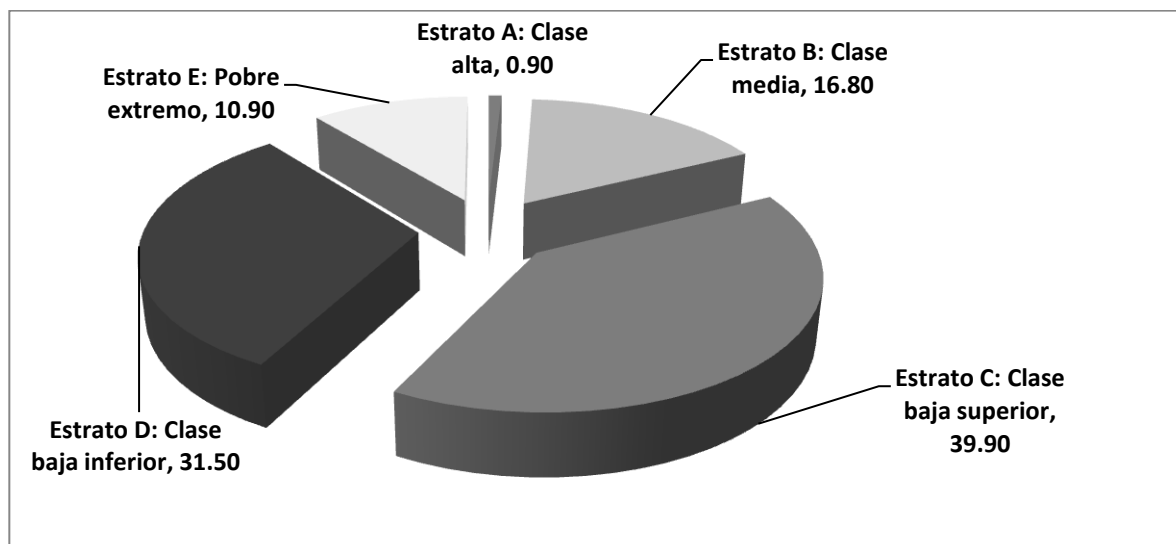
Esta combinación de sostenibilidad en base a ingresos propios, tarifas módicas y distribución de ingresos con sus operadores privados, constituye de hecho un sistema de incentivos y de cogestión del riesgo financiero, que promueve el mayor cuidado de la atención y la fidelización

de los usuarios. En SISOL, si cae la demanda, no sólo el Sistema sino las microempresas son afectadas.

3.4. Perfil socio-económico de la demanda atendida

La Encuesta sobre el Perfil de la Demanda Atendida en los Hospitales de SISOL reveló que la mayoría de los usuarios de SISOL proceden de los estratos C y D de la población de Lima Metropolitana. En la Figura 1 se muestra la distribución de la demanda atendida por el SISOL según estrato socioeconómico (o quintil de ingresos).

Gráfico 1. Distribución socioeconómica de la demanda del SISOL



Fuente: Encuesta sobre Perfil de la Demanda Atendida en los Hospitales del SISOL, 2011

Se puede apreciar que el 42,4% de la demanda procede de los estratos D y E, y ambos con el estrato C suman el 82,3% de los usuarios de SISOL. En contraste, hay menos pacientes de SISOL en los dos estratos superiores de la pirámide.

Respecto a la ocupación de los usuarios de SISOL, los resultados de la encuesta revelaron que el 34,4% son empleados, el 29% son trabajadores independientes, 11,6% obreros, 9,9% profesionales independientes, 4,8% jubilados, 3,4% amas de casa y el 1,4% empleados del

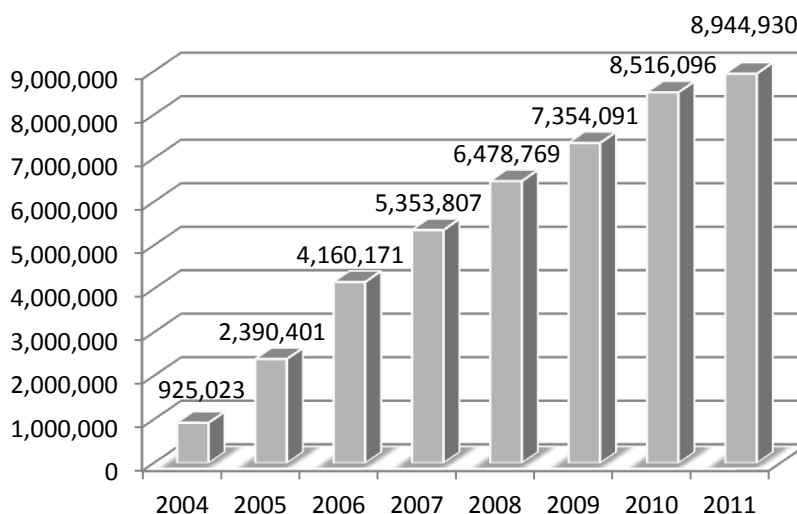
hogar. La categoría ocupacional de “ejecutivos/empresarios” suma sólo el 3.4%. Se puede apreciar que SISOL está captando más fuertemente a independientes y empleados, que es la franja de la demanda que se caracteriza por estar a la búsqueda de un sistema prestador de atención sanitaria más eficaz que los tradicionales pero sin que esto signifique un gran costo de bolsillo.

Se puede concluir que SISOL es un proveedor de servicios para las capas populares urbanas. Evidentemente el peso de uno u otro estrato varía según cada Hospital de la Solidaridad, porque están ubicados en distritos socialmente diferentes en la ciudad de Lima, pero en general, la procedencia de la demanda de SISOL es popular.

4.3. Relevancia y productividad de SISOL

Durante el año 2011 el MINSA, ESSALUD y SISOL realizaron 31.771 millones de atenciones y consultas médicas en Lima Metropolitana, de las cuales el 28% correspondió a SISOL. En ocho años de funcionamiento el nuevo sistema logró posicionarse en un lugar relevante en la atención de la salud en Lima.

Gráfico 2: Atenciones médicas realizadas por SISOL en Lima, de Set. 2004 a Dic. 2011



Fuente: SISOL, Gerencia de Planificación, 2012

La encuesta tomada a los usuarios de SISOL les preguntó, además, a dónde irían a atenderse en caso no existiera SISOL, contestando el 53,5% a los establecimientos del MINSA, el 30,6% a Essalud y el 15,8% a una Clínica Privada, lo que expresa de alguna manera la procedencia de fracciones de demanda que ha restado a otros ofertantes.

De otro lado, SISOL ha demostrado en estos años una alta productividad, con un ratio de atenciones por recurso humano por encima de todos los demás subsectores del sistema de salud peruano. SISOL contaba el año 2011 con un total de 3,430 personas laborando en dos modalidades: personal propio, bajo contrato (2,077), y personal de las 305 microempresas (1,353) con las cuales mantiene convenios de participación (19). Con sus 30 establecimientos de salud y 3,430 personas SISOL produjo ese año 8,944,930 atenciones médicas. El Ministerio de Salud el año 2010 contaba en Lima Metropolitana con 375 establecimientos (hospitales, centros y postas) y 30,613 trabajadores y profesionales de salud, con los cuales produjo 13,969,368 atenciones de salud. [Para comparaciones, faltaría 2011] ESSALUD contaba en diciembre del 2011 con 14,859 trabajadores asistenciales en las tres redes de Lima Metropolitana, habiendo producido 8,330,798 consultas médicas. Se puede apreciar que SISOL alcanzó un volumen de atenciones cercano al 64% de lo registrado por el MINSA, con casi la décima parte de personal, y un poco más que el nivel de producción de consultas de ESSALUD, con el 23% de su personal.

4.4. Tiempos de espera en SISOL

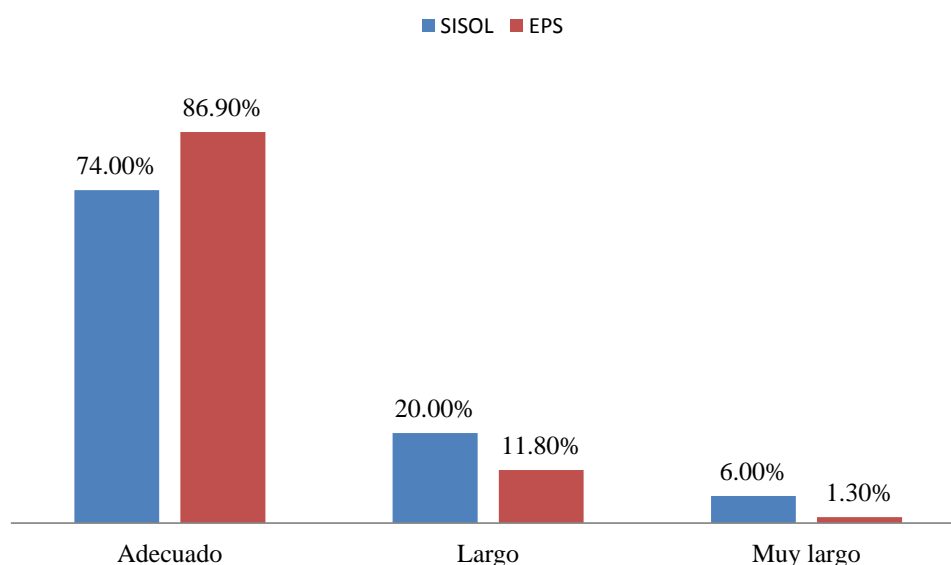
El tiempo de espera promedio antes de ser atendidos en los Hospitales de Solidaridad es de 35 minutos, variando entre 18 y 67 minutos. Los Hospitales con menores tiempos de espera son los que se encuentran ubicados en Chorrillos, San Juan de Miraflores, Punta Hermosa, Acho y

Magdalena. Aquellos establecimientos con tiempos de espera más distendidos son los ubicados en Villa El Salvador, El Agustino, San Juan de Lurigancho, Surquillo y Risso.

En relación a la calificación del tiempo de espera por los usuarios de SISOL, el 74% lo consideró adecuado, el 20% largo, y el 6% muy largo. Si se comparan estos resultados con los del Estudio de Medición de las Percepciones de los Usuarios del Sistema de Empresas Prestadoras de Salud (EPS) (20), realizado el 2010 en los establecimientos privados, los tiempos de espera de SISOL fueron percibidos como los mejores. El 63% de los pacientes de las EPS consideró el tiempo de espera para consulta como “adecuada”, con 11 puntos a favor de SISOL; el 28% como “largo”; y el 20% como “muy largo”.

En la Figura 8, se muestra un comparativo entre la percepción en torno a los tiempos de espera de los usuarios del SISOL y de las entidades privadas de Lima Metropolitana. En suma, frente a los tradicionales actores públicos del sistema de salud del Perú (MINSA y EsSalud) que se caracterizan por otorgar citas con varios meses de espera, SISOL es actualmente el único actor público que compite en términos de tiempos de espera (uno de los indicadores de calidad) con los actores privados.

Gráfico 3. Percepción del tiempo de espera por los usuarios del SISOL y las EPS



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del “Perfil de la Demanda Atendida en los Hospitales del SISOL” (2011) y del “Estudio de Medición de las Percepciones de los Usuarios del Sistema de Empresas Prestadoras de Salud” (2010)

4.5. Satisfacción de los usuarios

No existen estudios que permitan una comparación de todos los actores públicos y privados con el paso de los años. Además, aún SISOL no ha sido incluido dentro de las encuestas nacionales de salud como un prestador público (tanto como el MINSA o EsSalud). En la Tabla 6 se muestra un resumen de las encuestas de satisfacción de usuarios, según 3 estudios diferentes. Lamentablemente, estos estudios no consideran los mismos criterios de respuesta, sin embargo se pueden establecer paralelos de comparación. En general existe una elevada insatisfacción de los usuarios hacia los actores públicos tradicionales (MINSA y EsSalud) mas no hacia el actor público-privado emergente (SISOL) que como se ve, compite en términos de calidad con los prestadores privados. Los usuarios de SISOL que calificaron la atención recibida como muy buena fueron el 19,2%, como buena el 65%, como regular el 14,9% y como mala/muy mala el 0,9%.

Cuadro 3. Satisfacción del usuario según 3 estudios: Lima Metropolitana

	Encuesta Perfil de la Demanda de SISOL, 2011	Encuesta Anual sobre Salud, Universidad de Lima, 2009				Estudio de Medición de Percepciones de Usuarios de las EPS, 2010			
	SISOL	SISOL	MINSA	EsSalud	Privado	MINSA	EsSalud	Privado	
Muy buena	19,2%	8%	1,7%	1,8%	20,9%	Muy satisfecho	13,9%	9%	59,8%
Buena	65%	61,9%	16,1%	22,8%	70,2%	Satisfecho	64,4%	41%	39,8%
Regular	14,9%	24,6%	61,4%	48,9%	8,5%	Poco satisfecho	21,2%	42,1%	0,4%
Mala/muy mala	0,9%	5%	20,6%	25,4%	--	Nada satisfecho	0,5%	7,9%	--

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de los siguientes estudios: Perfil de la Demanda Atendida en los Hospitales del SISOL (2011); Encuesta Anual sobre Salud. Universidad de Lima (2009); Estudio de Medición de las Percepciones de los Usuarios del Sistema de Empresas Prestadoras de Salud (2010)

La satisfacción de los usuarios se expresa en los niveles de fidelización al servicio que ofrece SISOL. Preguntados los encuestados si eran usuarios periódicos o concurrentes asiduos de los Hospitales de Solidaridad, el 73,6% contestaron positivamente. Los Hospitales con pacientes más fidelizados fueron los de Metro UNI (91,2%), Villa El Salvador (89,1%) y San Juan de Lurigancho (86,9%). En contraste, el Hospital con menor fidelización fue el San Martín (48,8%). En general, sin embargo, la fidelización es bastante alta.

4. Discusión

La experiencia de SISOL deja algunas lecciones y promueve debates sobre la renovación de la atención primaria en salud (APS), las alianzas público-privadas y en general sobre las innovaciones organizacionales.

Para la atención primaria es una oportunidad para discutir lo que Bursztyrn, Kushnir et al (21) han denominado como APS en contextos de sistemas de salud segmentados. Hay una vasta literatura en favor de los sistemas integrados o articulados, por permitir una eficiencia y efectividad sistémicas. Igualmente en favor de los equipos de salud de familia brasileños o de los médicos de familia cubanos o de los “general practitioners” ingleses, diferentes denominaciones para el primer nivel de atención como puerta de entrada del sistema, en tanto permiten la continuidad o seguimiento de los problemas de salud, y a la vez la longitudinalidad o seguimiento de las personas en su ciclo de vida (22). Pero poco se ha tratado la construcción de la APS en los sistemas segmentados con reformas incompletas e híbridas (23), que es más compleja que la APS en los sectores con sistemas públicos fuertes, porque, como muestra el caso peruano, no sólo no hay la “APS integral” sino formas dispersas de la “APS selectiva”. Por lo general en estos países se desplaza el énfasis de la APS como nivel de atención a la APS como estrategia, coexistiendo diversas puertas de entrada al sistema, subsectores con énfasis

diferentes sobre sus modelos de atención y programas puntuales de refuerzo del primer nivel en algunos subsectores o instituciones prestadoras.

El caso SISOL ha surgido en el contexto de un sistema bastante segmentado y convoca, entre otras cosas, a renovar la atención primaria urbana en salud, corrigiendo el escalonamiento innecesario. El Perú tiene 4 niveles de atención y más de 8 subniveles. Conviven así la fragmentación y desorden con teorías rígidamente burocráticas de sistemas de atención bastante escalonados, con múltiples subniveles y flujos complejos de pacientes, que nunca se dan en la realidad. Esto exige repensar las referencias y contrarreferencias para situaciones de débil coordinación, que es la mayoritaria en el continente, para que dejen de ser ficticias. La literatura internacional hace tiempo advirtió y estudió el fenómeno del “bypass poblacional” a los niveles de atención. Few, Harpham y Atkinson (24) anotaron la tendencia de los usuarios a ir directamente a los hospitales, sobre todo en las zonas urbanas, donde había una concentración espacial de los servicios. Akin y Hutchinson (25) advirtieron, en base a un estudio en Sri Lanka, que si los pacientes pobres con enfermedades leves buscaban establecimientos privados caros podría deberse a la necesidad de mejoras en el sector público. Kruk et al (26) fueron mas allá de los casos urbanos y estudiaron en el medio rural a las mujeres usuarias de servicios de salud que no fueron a los establecimientos más cercanos y apareció de nuevo como una de las causas del bypass su preocupación por la calidad de los servicios públicos. Ortún y Gervás (27) señalan una pista para una solución cuando hablan de la “atención médica primaria” como un modelo que no es el de médicos generales o de familia, pero que conceptúan como “una parte – no una interpretación restrictiva de la atención primaria de salud”. Si el médico general es el gatekeeper, generalistas y especialistas podrían estar en un único primer nivel, en las grandes ciudades, existiendo policlínicos en el primer nivel y hospitales en el segundo. El triaje intra-establecimientos podía ayudar a resolver los problemas de eficiencia y efectividad. En todo caso, SISOL muestra una fórmula para no cargar a los usuarios urbanos con mayores tiempos de transporte y espera y al final a la sociedad toda con mayores costos de transacción. Esto

desafía la versión de la APS en circulación en el Perú y en algunos países latinoamericanos, que no mantiene el énfasis flexible y social del modelo original sino el espíritu jerárquico del modelo burocrático.

Evidentemente, para que SISOL y su modelo de atención especializada en el primer nivel sean mejor aprovechados para una efectividad sistémica se requiere un entorno sectorial que organice la complementariedad inter-institucional y el encadenamiento promoción-prevención-curación-rehabilitación. SISOL convoca así a imaginar formas de articulación funcional en los modelos segmentados, en paralelo a las propuestas de articulación estructural. Este desafío requiere regulaciones y sectores salud con tejidos de convenios y contratos, como afirma Sojo (28). Sólo con este ensamble de proveedores con modelos de atención diferentes, que tienen piezas de la integralidad, podría aminorarse las ineficiencias sistémicas y establecerse, ahí sí, el flujo correcto de pacientes, con mayor razón ahora que ingresamos a la era de la telemedicina y de las historias clínicas electrónicas.

SISOL, sin embargo, invita también a revisar las estrategias para el desarrollo de innovaciones organizacionales en contextos institucionales resistentes al cambio. SISOL es una innovación organizacional generada no desde un aparato prestador pre-existente, sino desde uno nuevo en la Municipalidad de Lima Metropolitana. Por eso mismo no tiene la secuencia clásica de los cambios, propuesta por Lewin (29), de descongelamiento, modificación y recongelamiento. Dependerá de su desarrollo y sostenibilidad en el tiempo el que tenga un impacto renovador en todo el sector salud peruano.

Hace tiempo que la literatura gerencial le hace seguimiento a las estrategias de cambio organizacional. Birkinshaw, Hamel y Mol (30) plantearon al respecto que las organizaciones que tienen como defecto el vicio de la conversación inteligente (“smart talk vicius”) son buenas para la teorización y el rotulado de ideas, pero malas para la invención e implementación. Abrahamson (31), uno de los grandes estudiosos del tema de las modas y tendencias en

gerencia, concluyó que producen resultados paradójicos en las organizaciones pues se rechazan innovaciones eficientes y viceversa, se aceptan innovaciones ineficientes. Plantea por eso estudiar los factores que afectan las tasas de difusión de las innovaciones, así como las características de los adoptantes tempranos y tardíos. Al final las modas favorecen la difusión pero no garantizan el contenido, debiéndose diferenciar entre la innovación gerencial y la moda gerencial. El estudio de Birkinshaw et al añade que la innovación en razón de la moda requiere entender la interacción entre los gerentes que utilizan las nuevas ideas y los “fashion setters” que las originan y promueven, estudiando los atributos de los managers compradores de modas y la formación de las modas. En el sector salud peruano los compradores de modas son los gerentes de sistemas y servicios, y los promotores de tendencias parecen haber variado, pues lo fueron las agencias de cooperación en los 90 y ahora se han desplazado a las aulas de los postgrados.

Evidentemente este clima de adhesión rápida a los discursos de innovación, pero sin innovación, ha llevado a una franja de investigadores a abogar por una mayor consistencia teórica. Crossan y Apaydin (32), en un estudio de la literatura publicada en los últimos 27 años sobre innovaciones organizacionales encontraron que los papers más citados eran sólo descriptivos y que solamente 1/7 de los mismos invocaban una teoría. Esto mismo ha llevado a Miller, Greenwood y Prakash (33) a llamar la atención sobre el poco interés que viene recibiendo el tópico del diseño organizacional en los estudios organizacionales y de gerencia, mientras Romanelli (34) explica que el tema ha sido reemplazado por el de las formas organizacionales. Romme (35) reclama finalmente la devolución del diseño al ámbito de una disciplina académica, habida cuenta de la brecha entre la teoría y la práctica.

Lo evidente es que nuestro medio ha demostrado ser muy propenso a este estilo de innovación no sostenible, eco de giros pasajeros. Es más, las instituciones en situación inercial, el caso de las entidades públicas en salud en el Perú, no se oponen abiertamente a las novedades. Conforme enseña Tullock (36), las burocracias suelen funcionar como “rent-seekers” y no sólo

no originan cambios para no originar resistencias, sino también reabsorben las novedades, liderándolas eventualmente. Esto explica que sea muy común el mimetismo institucional, esto es, la propensión a copiar, así como la desfiguración de lo que se copia, el denominado “decoupling”, fenómenos estudiados por Ramió (37). Por eso la cantidad de lanzamientos periódicos de “reformas del aseguramiento” o de “reformas por la atención primaria” en el campo de la salud, sin que cambien las cosas.

En estos contextos, cuando surgen reformas, son del tipo que Poole (38) caracteriza como cambios no planeados, esto es, aquellos que no se dan necesariamente como producto de la acción intencionada del actor y que muchas veces escapan del control de la organización. SISOL es una reforma de este tipo. Surgió desde fuera y desde abajo, en una municipalidad. Y está en ascenso en la realidad pero no tiene aún un argumento o discurso. Suddaby y Greenwood (39) decían que las transformaciones organizacionales tienen la necesidad de una retórica gerencial para legitimarse. En esta situación, conforme enseña Gailly (40), la gestión de la novedad es tan importante como la novedad misma. En contextos de resistencia al cambio, dice, no basta la inventiva o creatividad. Un nuevo concepto puede ser lanzado infructuosamente, sin encontrar su oportunidad o ser reabsorbido. La novedad se convierte recién en innovación cuando deviene en fuerza motriz del cambio, esto es, cuando mueve instituciones, empresas y hasta sociedades. La innovación es entonces la novedad (*what is new*) más el cambio (*how big is the change*). La fase de “incubación” de la novedad es clave para que la idea se instituya y en eso está SISOL.

¿Qué podría dar mayor sostenibilidad a la experiencia de SISOL? En la literatura sobre la gestión del cambio hay quienes enfatizan en el modelo del cambio como lo definitorio y otros para los cuales lo principal es el proceso del cambio. La propensión mayor entre los diseñadores organizacionales es aislar el modelo del proceso. La gerencia contemporánea está enfrascada en este debate entre “interioristas” y “exterioristas” en la comprensión del cambio. Los “interioristas” por excelencia son los continuadores de las escuelas clásica y

neoclásica, que enfatizan en las relaciones formales, las líneas de autoridad y la definición de funciones y áreas en los organigramas. Sobrevivir es reorganizar (41). Los “exterioristas” son los que últimamente han aportado más a la teoría del cambio organizacional, pese a que su punto de partida no es “situar a la empresa en el “espacio competitivo” existente sino más bien crear un espacio competitivo fundamentalmente nuevo.” (42) Según esto, no hay que concentrarse tanto en ser los mejores dentro de lo viejo, sino poner la diferencia para reinventar la industria o sector. Lo primero sería imaginar cómo podría ser la atención de la salud en diez o más años, para no perder pertinencia y no vivir inercialmente. Un programa de reorganización es reactivo, más bien se trata de adelantarse, reinventar el sistema de servicios actual, tomar un nuevo atajo para resolver el viejo problema, persistente con el viejo modelo; ser los primeros en llegar al futuro. La transformación organizacional de los servicios actuales es así una manera de prefigurar aspectos relevantes de la atención de la salud de las próximas décadas.

La experiencia de SISOL es un caso de convergencia entre un modelo pertinente y un proceso favorable, lo que relleva la bondad del modelo SISOL en tanto arquitectura innovadora, pero también en tanto respuesta a un estímulo externo y disparador de una transformación del propio mercado y cultura de los consumidores de la atención de la salud en Lima Metropolitana. El futuro dirá si fue reabsorbido por el contexto o logró desarrollarse y modificarlo.

Referencias bibliográficas

- ¹ Arroyo, J. Salud: La Reforma silenciosa. 1ª. Edición, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.
- ² Registro Nacional de Establecimientos de Salud (RENAES). Establecimientos de Salud del primer nivel de atención del MINSA en la Provincia de Lima, 2011.
- ³ ESSALUD. Informe sobre Establecimientos y Producción de Servicios 2008-2011, junio 2012.
- ⁴ Hirschman, A. Exit, Voice and Loyalty. Response to Decline in Firms, Organizations, and States. United States of America: Harvard University Press; 1970.
- ⁵ Petrer M, Seinfeld J. Repensando la salud en el Perú. Lima: Universidad del Pacífico y Proyecto AMARES, julio 2007.
- ⁶ Arroyo J. La autonomización de hospitales públicos y sus consecuencias sobre la demanda de atención de la salud, Lima, 1988-1997. Rev Panam Salud Publica 1999;6(5): 301-309.
- ⁷ Kingdom J. Agendas, Alternatives and Public Policies. 2nd ed.: Addison-Wesley Educational Publishers Inc, 1995.
- ⁸ Poole M. Central Issues in the Study of Change and Innovation. In Poole MS, Van de Ven AH eds.. Handbook of Organizational Change and Innovation. Oxford: Oxford University Press; 2004. Pp. 3-31.
- ⁹ Gailly, B. Developing innovative organizations. A roadmap to boost your innovation potencial. Great Britain: Palgrave MacMillan; 2011.
- ¹⁰ Hamel y Prahalad. Competing for the Future. Boston: Harvard Business School Press; 1994.
- ¹¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la Pobreza 2004-2010. Informe Técnico Actualización Metodológica. Lima: INEI, 2012.
- ¹² Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2012, ibídem.
- ¹³ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Condiciones de Vida en el Perú. Informe Técnico N° 1, Marzo 2012.
- ¹⁴ SISOL. Encuesta sobre Perfil de la Demanda de Atención, diciembre de 2011.
- ¹⁵ Akin JS, Hutchinson P. Health-care facility choice and the phenomenon of bypassing. Health Policy Plan 1999;14(2):135.
- ¹⁶ Kahabuka C, Kvale G, Moland K, Hinderaker S. Why caretakers bypass Primary Health Care facilities for child care - a case from rural Tanzania. Health Services Research 2011;11:315.
- ¹⁷ Pastor A. Los fenómenos emergentes en el sistema de salud del Perú. Rev Perú Epidemiol 2011;15(3).
- ¹⁸ Espín J, Oliva J y Rodríguez-Barrios J. Esquemas innovadores de mejora del acceso al mercado de nuevas tecnologías: los acuerdos de riesgo compartido. Gac Sanit. 2010;24(6):491-497.
- ¹⁹ SISOL, Informe de la Gerencia de Planificación, 2012.
- ²⁰ Universidad Nacional de Ingeniería e Instituto Peruano de Catastro. Encuesta de Medición de las Percepciones de los Usuarios de las Empresas Prestadoras de Servicios. Lima, 2010.
- ²¹ Bursztyl I, Kushnir R, Giovanella L et al. Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. Rev. Salud Pública. 2010; 12(1):77-88.
- ²² Machado E, Giovanella L. Longitudinalidades/continuidades do cuidado: identificando dimensoes e variáveis para a avaliacao da Atencao Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciencia & Saúde Coletiva. 2011;16:1029-1042.
- ²³ Medici A. Las reformas incompletas de salud en América Latina: Algunos elementos de su economía política. Bienestar y Política Social. 2006;2:1-26.
- ²⁴ Few R, Harpman T, Atkinson S. Urban primary health care in Africa: a comparative analysis of city-wide public sector projects in Lusaka and Dar es Salaam. Health & Place. 2003;9:45-53.
- ²⁵ Akin J, Hutchinson P. Health-care facility choice and the phenomenon of bypassing. Health Policy and Planning. 1999;14(2):135-51.
- ²⁶ Kruk M, Mbaruku G, McCord C et al. Bypassing primary care facilities for childbirth: a population-based study in rural Tanzania. Health Policy and Planning. 2009;24:279-88.
- ²⁷ Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc) 1996; 106: 97-102
- ²⁸ Sojo A. Reforming health-care management in Latin America. Cepal Review. 2001;74:133-51.
- ²⁹ Lewin K. Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers. In: Resolving Social Conflicts and Field Theory in Social Science. Electronic edition published 2010.

-
- ³⁰ Birkinshaw J, Hamel G, Mol M. Management innovation. *Academy of Management Review*. 2008;33:825-45.
- ³¹ Abrahamson E. Managerial fads and fashions: The diffusion and rejection of innovations. *Academy of Management Review*. 1991;16:586-612.
- ³² Crossan M, Apaydin M. A Multi-Dimensional Framework of Organizational Innovation. A Systematic Review of the Literature. *Journal of management Studies*. 2010;47:6:1154-90.
- ³³ Miller D, Greenwood R, Prakash R. What happened to Organization Theory? *Journal of Management Inquiry*. 2009.18(4):273-79.
- ³⁴ Romanelli E. The evolution of new organizational forms. 1991. *Annual Review of Sociology*. 17:79-103.
- ³⁵ Romme G. Making a Difference: Organization as Design. *Organization Science*, Vol. 14, No. 5, 2003, pp. 558-573.
- ³⁶ Tullock G. The politics of bureaucracy. En: Rowley C. (ed.). *The selected works of Gordon Tullock*. Indianapolis: Liberty Fund; 2005.
- ³⁷ Ramío C. Los problemas de la implantación de la Nueva Gestión Pública en las administraciones públicas latinas: Modelos de Estado y cultura institucional. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. 2001;21:1-24.
- ³⁸ Poole M. Central Issues in the Study of Change and Innovation. En: Poole M, Van de Ven A, eds. *Handbook of Organizational Change and Innovation*. New York: Oxford University Press; 2004. p.3-31.
- ³⁹ Suddaby R, Greenwood R. Rhetorical Strategies of Legitimacy. *Administrative Science Quarterly*. 2005;50:36-67.
- ⁴⁰ Gailly B. *Developing innovative organizations. A roadmap to boost your innovation potencial*. First ed. Great Britain, Palgrave MacMillan, 2011.
- ⁴¹ Hammer M, Champy J. *Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution*. NY: Harper Business Essentials, 2003.
- ⁴² Hamel G, Prahalad CK. *Competing for the Future*. Harvard Business School Press; 1994.